

СТОИМОСТЬ БОЛЕЗНИ (ГЕСТОЗА) В УСЛОВИЯХ “ТИПИЧНОЙ ПРАКТИКИ”, КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП АРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Пищенко Ю. А.

*ОУ «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Для выполнения поставленной задачи проанализировано 275 случаев гестоза в родильном доме г. Витебска и 487 случаев в родильном доме г. Борисова.

Стоимость стационарного лечения гестоза включала прямые (ДС) медицинские затраты:

- Вид лабораторного и инструментального обследования учитывал набор диагностических процедур первого этапа обследования (минимальный уровень), обеспечивающих постановку диагноза при данном заболевании в классических случаях;
- Медикаментозное лечение;
- Плата за врачебные консультации, оплата труда медицинского персонала;
- Стоимость медицинских процедур.

Поскольку мы оцениваем стоимость болезни в двух разных стационарах при различной средней длительности лечения, нельзя пренебречь непрямыми (косвенными) затратами (IC) (аренда оборудования и площадей, амортизация, коммунальные услуги, услуги связи и т.п., которые не связаны прямо с лечебным процессом), т.е. стоимость койко-дня. Все расчёты проводили в белорусских рублях.

В исследовании не учитывались нематериальные и не прямые (косвенные) затраты, так как у 75,2% пациенток в г. Витебске и у 80% в г. Борисове срок гестации на момент начала госпитализации составлял более 30 недель, что исключает потери вследствие нетрудоспособности работника, связанной с данным заболеванием.

Проведённый анализ выявил различия в объёмах обследования и лечения гестозов в стационарах родильных домов г. Витебска и г. Борисова, что в конечном итоге отражается на затратах лечения данного осложнения беременности.

На этапе клинико – лабораторного обследования охват беременных осмотрами врачей смежных специальностей различается в двух родильных домах. Так, если в родильном доме №3 г. Витебска терапевтом осмотрено 96%, окулистом – 73,5%, невропатологом – 22,2% пациенток, то в родильном доме г. Борисова соответственно 17,7%, 26,5% и 1,2 % беременных. Данный факт можно объяснить тем, что родильный дом № 3 г. Витебска входит в состав многопрофильной Больницы скорой и неотложной медицинской помощи, что значительно упрощает вызов специалиста для консультации. В итоге, затраты на консультации смежных специалистов составили 3,4% от общих затрат в г. Витебске и 0,7% в г. Борисове. Так же необходимо отметить, что родильный дом № 3 является базой кафедры акушерства и гинекологии Витебского родильного дома, в результате 88% беременных осматривались работниками кафедры, что так же отражается на затратах.

Различия в затратах на лабораторные и инструментальные исследования оказались не значительными, и составили соответственно в г. Витебске и г. Борисове – 4,4% и 5%.

Наибольшие различия выявлены в подходах к лекарственной терапии гестозов.

Так, в родильном доме г. Витебска для медикаментозной терапии используется значительно больше лекарственных средств - 60 наименований, в то время как в родильном доме г. Борисова – 38 наименований. Качественного различия в назначаемых лекарственных средствах не выявлено. Среднее количество лекарственных

препаратов назначенных для лечения гестоза без учёта сопутствующей патологии в течение всего курса стационарного лечения составило - 11,4, в родильном доме № 3 г. Витебска, в Борисове – 7 препаратов.

Анализ путей введения лекарственных средств выявил следующее.

В родильном доме г. Витебска – пероральные препараты получали 100% пациенток, внутримышечные инъекции – 93,8% , внутривенные струйные – 64,4%, внутривенные капельные – 94,9%. В среднем на курс лечения гестоза без учёта терапии сопутствующей патологии приходится 28 внутримышечных инъекций, 9,8 внутривенных струйных инъекций, 11,6 внутривенных капельных инфузий.

В родильном доме г. Борисова – пероральные препараты получали 100% пациенток, внутримышечные инъекции – 77,8% , внутривенные струйные – 84,2% , внутривенные капельные – 49,1%. В среднем на курс лечения гестоза без учёта терапии сопутствующей патологии приходится 16,5 внутримышечных инъекций, 12,7 внутривенных струйных инъекций, 4,6 внутривенных капельных инфузий.

Таким образом, в родильном доме № 3 г. Витебска лекарственная терапия гестозов отличается большим качественным разнообразием лекарственных средств, большим количеством используемых лекарственных препаратов на курс лечения, практически в равной мере использованием как пероральных, так и парентеральных способов введения лекарственных препаратов. В родильном доме г. Борисова используются те же наименования лекарственных препаратов, однако в меньшем количестве, при этом значительно меньше используются парентеральные способы введения лекарственных препаратов.

Выявленные закономерности в тактике лекарственной терапии гестозов отражаются в различных затратах на медикаменты: в родильном доме № 3 г. Витебска они составили 15,8% от общих затрат, в то время как в родильном доме г. Борисова – 4,01.

Наиболее затратной статьёй расходов оказались не прямые медицинские затраты – стоимость пребывания пациенток в стационаре (койко – дни) составила 71,5% и 86,1% соответственно в родильном доме г. Витебска и г. Борисова.

В родильном доме № 3 г. Витебска положительного эффекта удалось достичь при лечении гестозов средней степени тяжести в

28,6%, при лечении гестозов лёгкой степени – в 81%, в родильном доме г. Борисова – соответственно в 25% и в

ВЫВОДЫ

На основании приведенных данных можно сделать следующие заключения:

Применяемые лекарственные средства для лечения гестоза в целом проводятся в соответствии с существующими требованиями.

Среднее количество лекарственных препаратов, назначаемых на курс лечения составляет 11,4 - в родильном доме № 3 г. Витебска и 7 - в родильном доме г. Борисова, что можно рассматривать как полипрагмазию.

В родильном доме № 3 г. Витебска по сравнению с тактикой лечения, принятой в роддоме г. Борисова преобладают парентеральные методы введения лекарственных средств.

В структуре затрат на лекарственную терапию гестоза 71,5% и 86,1% соответственно в роддоме №3 г. Витебска и г. Борисова занимает не лечение и обследование, а прочие расходы. Затраты на обследование в обоих родильных домах примерно одинаковые – 4,4 и 5% .

Таким образом, поскольку основные затраты при лечении пациенток с гестозом приходятся не на медикаменты и обследование, а на прочие расходы, обеспечивающие пребывание пациента в стационаре, можно предположить, что снижение сроков пребывания в больнице и повышение эффективности лечения путём перераспределения расходов в сторону увеличения на лечение (для применения новых дорогостоящих препаратов) является действенным механизмом более рационального использования средств в медицине. Существует настоятельная потребность в формировании формуляра лекарственных средств и протокола ведения больных с различной степенью тяжести гестоза.